**聴覚障がい者向けパソコン講習申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | ろうあ者 | | | 難聴者 | | | 中途失聴者 |
| 氏名 | |
| 住所　〒 | | | | |  | | | |
| FAX番号/電話番号 | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | |  | | |  | |
| 必要な情報保障に  ○をつけてください | 手話通訳 | | | 要約筆記 | | | 不要 | |
| 持っているパソコンに  ○をつけてください | ノートパソコン | | | デスクトップ型 | | | 持っていない | |
| どのくらいパソコンを  使いますか？  ○をつけてください | よく使う | | 時々使う | | | あまり  使わない | | ほとんど  使わない |
| 何月から  受講したいですか？ | 月～ | | | | | | | |
| 希望する曜日に○を  つけて、時間を  記入してください | 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　　の　　　　時頃  （※開館時間：朝10時～夕方６時） | | | | | | | |

**希望する内容をご記入ください。**※内容によっては対応できない場合もあります。

例：ワードで文書を作りたい、エクセルで表が作成したい等

備考欄（質問や要望など自由にご記入ください）

**島根県聴覚障害者情報センター　ＦＡＸ ０８５２－３２－５９６１**